

ANNÉE 1956

89
N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Janine MOREL

Née le 14 Juillet 1922, à ARNAY-LE-DUC (Côte-d'Or)

Présentée et soutenue publiquement le

CANCÉRISATION DES BOUCHES D'ANASTOMOSE après Gastrectomie pour Ulcère

Président : Mademoiselle GAUTHIER-VILLARS, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153722_0031

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1956

N°

T H E S E

Pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(diplôme d'Etat)

par

Janine

M O R E L

Née le 14 juillet 1922 à Arnay-le-Duc (Côte d'Or)

Présentée et soutenue publiquement le.....

CANCERISATION DES BOUCHES D'ANASTOMOSE

APRES GASTRECTOMIE POUR ULCERE

Président : Mademoiselle GAUTHIER-VILLARS, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

NOM DU CANDIDAT :

PRENOMS :

DATE DE SOUTENANCE

NUMERO D'ORDRE :

MOREL (Janine) -
Cancérisation des bouches
d'anastomose après
gastrectomie pour ulcère
(Th. méd. (Et.) Paris
1956 N°)

MOREL (Janine) -
Cancérisation des bouches
d'anastomose après
gastrectomie pour ulcère
(Th. méd. (Et.) Paris
1956 N°)

MOREL (Janine) -
Cancérisation des bouches
d'anastomose après
gastrectomie pour ulcère
(Th. méd. (Et.) Paris
1956 N°)

MOREL (Janine) -
Cancérisation des bouches
d'anastomose après
gastrectomie pour ulcère
(Th. méd. (Et.) Paris
1956 N°)

CANCERISATION
DES BOUCHES D'ANASTOMOSE
APRES
GASTRECTOMIE POUR ULCERE

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.) LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYENLéon BINET.
Membre de l'Institut.

ASSESSEURJean VERNE.

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (A.)
Bactériologie.....	N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et so- ciale.....	N..
Carcinologie.....	OBERLING (C.)
Chimie médicale.....	JAYLE (M.F.)
(Hôtel-Dieu.....	BROCQ (P.)
Cliniques (Broussais.....	DE GAUDART-D'ALLAINES (F)
Chirurgic. (Salpêtrière.....	N.....
(Cochin.....	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice orthopédique.....	MERLE D'AUBIGNE (R.)

.../

Clinique de cardiologie.....	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire..	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose.....	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie.....	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture.....	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux.....	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)
Clinique gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO (P.)
(Hôtel-Dieu.....	N...
Cliniques (Bichat.....	N...
Médicales (Cochin.....	MOREAU (R.)
(Broussais.....	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY- RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition.....	BOULIN (R.)
(Tarnier.....	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques (Baudelocque.....	N....
obstétricales (Port-Royal.....	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique.....	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires.....	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile.....	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale.....	COSTE (F.)
Clinique stomatologique.....	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique.....	FEY (B.)
Embryologie.....	GIROUD (A.)

Génétique médicale.....	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	N...
Histologie.....	N...
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (C.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale.....	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée..	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale.....	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales...	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale.....	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel).....	DOGNON (A.)
Physiologie.....	BINET (L.)
Physique médicale.....	STROHL (A.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique.....	TURPIN (R.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie.....	DELMAS (A.) Pr.s.ch. DEBEYRE (J.) OLIVIER () N....
Anatomie pathologique.....	GAUTHIER-VILLARS (MlleP.) pr.s.ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)

.../

Bactériologie.....	NEVOT (A.) N....
Biochimie médicale.....	ETTORI (J.) pr.s.ch. N... N...
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie.....	DUPERRAT (F.)
Embryologie.....	TUCHMANN
Histologie.....	BULLIARD (H.) pr.s.ch. N... N...
Hydrologie.....	N...
Hygiène.....	BOYER (J.) pr.s.ch. DEPARIS (M.) pr.s.ch.
Maladies infectieuses.....	N...
Médecine légale et du travail.....	DEROBERT (L.) pr.s.ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) N....
Neurochirurgie.....	DAVID (M.)
Neurologie.....	N....
Obstétrique.....	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) N.... N....
Ophtalmologie.....	DESVIGNES (P.) N....
Orthopédie.....	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie.....	AUBRY (M.) MADURO (R.)
Parasitologie.....	CHABAUD (A.) N....
Pathologie chirurgicale.....	ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POLLUJ (F.)

Pathologie chirurgicale.....	VERNE (J.M.)
	N....
	N....
	N....
	N....
	N....
	N....
	N....
Pathologie expérimentale.....	N....
	N....
Pathologie médicale.....	BERNARD (J.)
	BOUDIN (G.)
	CASTAIGNE (P.)
	CONTE (M.)
	DOMART (A.)
	LAMOTTE (M.)
	LAROCHE (Cl.)
	MILLIEZ (P.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (St.)
	TURIAF (J.)
	N....
	N....
	N....
	N....
	N....
	N....
	N....
Pédiatrie.....	JOSEPH (R.)
	N....
	N....
Pharmacologie.....	CHEYMOL (J.) pr.s.ch.
	LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.
Physiologie.....	BARJETON (D.) pr.s.ch.
	PARROT (J.) pr.s.ch.
	DEJOURS (P.)
Physique médicale.....	DJOURNO (A.) pr.s.ch.
	GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie.....	KREIS (B.)

Psychiatrie.....	N...
Psychiatrie infantile.....	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie.....	N...
Stomatologie.....	CHAPUT (Mme A.) CERNEA (P.)
Thérapeutique.....	N...
Urologie.....	KUSS (R.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.
à titre permanent,

MM.

Clinique chirurgicale.....	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) PATEL(J.) ROUX (M.) RUDLER (J.C.) SICARD (A.)
Clinique médicale.....	BROUET (G.) N... DECOURT (J.) DREYFUS (Gilbert) FAUVERT (R.) HAGUENAU (M.) pr.,s.ch, HAMBURGER (J.) KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.) SOULIE (E.)
Clinique obstétricale.....	ESCALLE (G.) MAYER (M.) VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique.....	OFFRET (G.) RENARD (G.)
Clinique urologique.....	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. MOREL (J.)
Secrétaire..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction..... M. le Docteur HAHN
(A.)
Conservateur..... Mlle GOICHON
Bibliothécaires..... Mlles DUMAITRE (P.)
LAURENT (H.),
LE NOIR (G.),
QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A MES PARENTS,

En témoignage de ma profonde gratitude
et de ma tendresse infinie,

A MA SOEUR, A MA FAMILLE,

A MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT

Mademoiselle GAUTHIER-VILLARS

PROFESSEUR SANS CHAIRE
à la Faculté de Médecine de PARIS

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette Thèse.

Avec l'expression de notre grande reconnaissance
et de notre fidèle dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ F. BUSSE

CHEF DES TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE

Qui nous a guidée dans le choix de ce sujet de
thèse et aidée à sa réalisation.

Qu'il trouve ici le témoignage respectueux de
notre gratitude.

A NOS MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

Avec nos remerciements déferents,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ DEROT
MEDECIN DE L'HOTEL-DIEU

Qui tout au cours de nos études médicales
a bien voulu nous témoigner ses précieux
conseils et nous honorer de son amitié.

Avec nos vifs remerciements et notre
profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FUNCK-BRENTANO

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNECOLOGIQUE
à la Faculté de Médecine de PARIS

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Avec nos remerciements d'avoir été admise à
bénéficier de son enseignement à l'Hôpital Broca
et l'espoir de ne point le décevoir dans l'orientation
nouvelle de notre carrière médicale.

.../

A MESSIEURS

LE DOCTEUR GOURY-LAFFONT
Médecin-Assistant des Hôpitaux

ET LE DOCTEUR CHENE
Médecin de l'Institut Gustave Roussy

Pour toute la sympathie qu'ils nous ont témoigné pendant
de longues années.

.../

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ LORTAT-JACO B

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ CH. DEBRAY

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR KRITTER

Médecin de l'Institut Gustave Roussy

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOIDIN

Chirurgien de l'Hôpital de Corbeil

Qui nous ont fait bénéficier de leurs larges
connaissances.

Avec nos remerciements

.../

A L'ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE

A LA GAZETTE MEDICALE DE FRANCE

Qui nous ont permis de parvenir aux
termes de nos études médicales,
à la réalisation et à la présentation de cette
thèse.

Avec nos sincères remerciements.

INTRODUCTION

- o -

I N T R O D U C T I O N

Le traitement chirurgical de la maladie ulcéreuse de l'estomac a créé un nouveau chapitre de pathologie clinique, celui des maladies de l'estomac opéré. Et la littérature médicale relate abondamment les différents accidents, précoces, secondaires ou tardifs atteignant les sujets ayant subi une gastro-entérostomie, une gastrectomie limitée ou totale pour une lésion ulcéreuse de l'estomac ou du duodénum. Nous reviendrons d'ailleurs ultérieurement au cours de ce travail sur certains d'entre eux, mais l'objet de cette thèse est de considérer tout particulièrement une des plus rares complications tardives de la gastrectomie : la Cancérisation de la bouche d'anastomose, plusieurs années après l'intervention chirurgicale pour lésion bénigne, histologiquement identifiée.

Ce cancer primitif de l'estomac opéré présente plusieurs incidences. Il faut constater d'une part, et c'est le cas le plus fréquent, après gastro-entérostomie, sur la bouche gastro-jéjunale, d'autre part, sur le moignon gastrique restant ou

sur la bouche d'anastomose elle-même, après gastrectomie.

Les cas de cancérisation des bouches anastomotiques après gastro-entérostomie sont de loin les plus fréquents. VANIER dans sa thèse, en 1932, les évalue à environ 2,5 à 5 p. cent des cas. Cela est assez normal, étant donné que les tissus à potentiel cancérigène sont laissés en place au cours de cette intervention.

Les cas de cancérisation du moignon gastrique restant ont fait l'objet également de nombreuses publications. En France, le Professeur Charles DEBRAY a étudié tout particulièrement cette éventualité, à la lumière de nombreux cas personnels.

La cancérisation des bouches d'anastomose après gastrectomie pour ulcus gastrique ou duodéal a fait depuis une vingtaine d'années, l'objet de quelques publications, où chaque auteur insiste sur sa rareté.

Nous limiterons donc notre travail à l'étude de cette dernière éventualité : la cancérisation de la bouche d'anastomose plusieurs années après une résection de l'estomac. Nos recherches bibliographiques nous ont permis, semble-t-il, de réunir pour la première fois, les rares cas authentiques relatés dans la littérature, auxquels nous adjoignons deux cas personnels publiés récemment dans les Archives d'Anatomie pathologique de mars 1955.

RAPPEL HISTORIQUE

- o -

.../

R A P P E L H I S T O R I Q U E

Depuis plus de cinquante années que les chirurgiens pratiquent des gastrectomies, il est impossible d'évaluer dans le monde, le nombre de malades qui ont bénéficié de cette chirurgie comme traitement de lésions gastriques bénignes.

Nous ne pouvons donc, malgré le soin apporté à la recherche de tous les cas de cancers survenus sur la bouche d'anastomose et publiés dans la littérature, envisager de faire à la manière de nos contemporains, surtout anglo-saxons, une statistique permettant d'évaluer la fréquence de cette complication tardive. Certains auteurs, notamment ORINGER, en 1950, sur 1160 malades traités chirurgicalement pour lésions bénignes, estime que 0,4 p. cent d'entre eux ont manifesté des lésions cancéreuses post-gastrectomie; ce pourcentage dépasse certainement de beaucoup celui auquel nous serions parvenu si tous les éléments comparatifs avaient été en notre possession.

Si GALLARD-MONES semble être le premier qui au cours d'un article consacré aux suites tardives de la gastrectomie,

a signalé entre autre un cancer survenu sur la bouche d'anastomose, 2 ans après une gastrectomie pour ulcus de la petite courbure, c'est EICHELTER, qui en tout premier lieu s'est intéressé spécialement aux tumeurs tardives de la région anastomotique après gastrectomie. En 1930, il publiait le cas d'un malade qui subit en 1926 une gastrectomie (technique : Billroth II) pour ulcus gastrique et qui, 4 ans après, manifesta un cancer de la bouche d'anastomose (notamment, sur le versant jéjunal, cas extrêmement rare) avec métastases.

Nous avons relevé, depuis cette date, dans la littérature, tant russe, allemande, anglo-saxonne qu'italienne et espagnole, 54 cas de cancers de la bouche d'anastomose. C'est le plus grand nombre de cas réunis à l'heure actuelle. Les auteurs publient généralement un seul ou deux cas à la fois, seul HUBER en 1953 apporte 8 cas personnels dont la complication cancéreuse s'est manifestée de 9 à 25 ans après la première intervention.

Nous ne reprendrons pas chaque cas publié pour en étudier les incidences. Nous avons, à cet effet, établi un tableau dans lequel nous avons rapporté les différents cas dans l'ordre chronologique de la date de leur publication. Pour chacun d'entre eux,

.../

TABLEAU DES CAS DE CANCERISATION

APRES GASTRECTOMIE POUR ULCERE

Auteurs	Date de la publication	Nom- bre de cas	Age du sujet	Sexe	Date de la 1ère publication	Nature de la 1ère intervention Gastrectomie (G.)
Gallard-Mones	1929	1				Polya-Finsterer
Eichelster	1930	1	59	M	1926	Billroth II
Brisset de St-Lô	1932	1			1925	Pylorctomie
Ransom	1936	1	42	M	1927	G.
Prévôt	1937	2	57 56	M F	1916 1923	Billroth II G.
Prinz- Harry	1938	3	67 55 57	M M. M.	1933 1928 1918	G. Billroth II G.
Konjetzny	1939	2				Billroth II Billroth II
Giovannini	1941	1	49	M.	1932	Polya-Reichel
Torgersen	1941	1	60	F.		G.
Kneringer	1942	1	49	F.	1924	Billroth II
Prévôt	1943	3	55 53 64	M. M. M.	1927 1914 1919	Billroth II Billroth II Billroth II
Montanari	1946	1	37	M.	1942	Polya-Reichel
Picco	1948	1	47	M.	1936	Billroth II
Visintin	1949	1	55	F.	1928	Polya-Balfour

Orringer	1950	1			1932	G. partielle
Ruckensteiner	1950	2	58	M.	1932	G.
			49	M.	1921	G.
Grimoud-Gédéon	1950	1			1930	G.
Luze(V.W.)	1951	3	41	M.	1921	Billroth II
			58	F.	1929	Hofmeister-Finst.
			62	F.	1935	G.
Di Domizio	1951	2	46	M.	1944	G.
			59	M.	1942	G.
Muller	1951	1	53	M.	1923	G.
Rehli	1951	1			1936	G.
Harbitz-Vinje	1952	2	64	M.	1927	G.
			57	M.	1949	G.
Kyrle P. Wild Hugo	1952	2	42	F.	1939	Billroth II
			42	F.		Billroth II
Huber	1953	8	53	M.	1918	Billroth II
			75	F.	1920	Billroth II
			54	M.	1930	Billroth II
			70	M.	1929	Billroth II
			64	M.	1941	Billroth II
			50	M.	1934	Billroth II
			63	F.	1934	Billroth II
			56	M.	1931	Billroth II
Leren	1953	1	36	F.		G.
Bandmann	1953	3	60		1944	Billroth II
					1917	Billroth II
					1921	Billroth II
Dalseth	1953	2	47	M.		G.
			69	M.		G.
Marshall	1954	3	67		1917	G.
			57		1914	G.
			80		1903	G.
Schemtchenko	1954	2				G.
						G.
Busser-Morel	1955	2	48	M.	1948	Polya-Finsterer
			54	M.	1941	G.

dans la limite des ressources fournies par les observations plus ou moins détaillées de certains auteurs, nous avons indiqué l'âge et le sexe du sujet, la date et la nature de la première intervention, le diagnostic de la lésion initiale, la date de rechute, le nombre d'années qui s'est écoulé entre les deux manifestations cliniques, enfin le diagnostic opératoire et histologique de la seconde intervention, presque toujours pratiquée dans de mauvaises conditions, et avec un fort pourcentage de mortalité opératoire ou post-opératoire.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

-0-

.../



OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION N° 1

Mr. DEM..., 54 ans, opéré par le Docteur GOIDIN à l'hôpital de Corbeil, en 1941, à l'âge de 43 ans pour ulcus de la face antérieure de la première portion du duodénum, ulcus induré, rétracté avec une bride épiploïque aboutissant à cette face antérieure, et un épaissement marqué des pédicules sus et sous-duodénaux.

Examen histologique : (Pr. BUSSE, N° 5139)

"Structure de vieil ulcère gastrique, avec une destruction complète de la muqueuse, remplacée par un granulome inflammatoire banal ayant par endroits un aspect nécrotique. Sous ce granulome, on trouve une couche scléreuse extrêmement épaisse, ayant complètement remplacé les parois musculaires et s'étendant jusqu'au tissu graisseux sous-péritonéal. Sur les bords de l'ulcération, la muqueuse présente une légère hyperplasie réactionnelle banale. Nulle part on ne constate le moindre caractère histologique de malignité."

Le 2 Janvier 1950, donc plus de 8 ans après la première intervention, le malade ressent quelques troubles digestifs attribués

.../

à une légère insuffisance hépatique, Pesanteur et sensibilité de l'hypocondre droit,

Le 11 janvier 1950 : On effectue un transit gastrique dont voici le compte-rendu :

"Deux repas barytés ingérés 10 et 6 heures avant l'examen, garnissent l'iléon terminal et le cadre colique du coecum au transverse avec présence de baryte dans le colon terminal,

Retard du transit iléal; il semble qu'il y ait quelques petites stases barytées segmentaires sur le trajet de l'iléon. Signes de colite droite diffuse. La région douloureuse actuellement indolore signalée par le malade, correspond à la région sous-hépatique. Tous les segments injectés sont diminués de mobilité quoique indolores.

Le repas d'examen montre un moignon de gastrectomie vide à jeun dont le remplissage s'effectue normalement sans irrégularité pariétale.

L'évacuation est lente. Elle se fait sans reflux, mais l'anse efférente est légèrement irrégulière. Il n'y a pas d'image d'ulcus peptique.

Diminution de mobilité du grêle. Pas de douleur à la palpation.

Conclusions : périviscérite diffuse avec retard du transit iléal."

Le 22 juin 1953, soit 12 ans après la première intervention, le malade consulte à nouveau, car, depuis 6 semaines, il est atteint de diarrhée, avec des matières molles, noires et fétides, avec état syncopal. Il ressent depuis 8 jours une douleur para-médiane gauche, avec irradiation en barre épigastrique. On note par ailleurs, une constipation, des digestions lentes et une grande asthénie.

A l'examen clinique, on retrouve deux points douloureux précis para-médian G et sous-costal droit.

Le 29 juin 1953 : On effectue un nouveau transit gastrique :

"A jeun, pas de liquide ni d'aérogastrie anormale. Une gorgée de baryte dessine un moignon de gastrectomie petit, légèrement tubulaire. Cette gorgée est immédiatement évacuée, mais on note une petite tache persistante au niveau de l'anse efférente. Cette tache se confirme après ingestion de la totalité du repas. Elle est retrouvée sur les divers clichés exécutés debout et couché, elle est constamment et électivement douloureuse et on note une diminution de souplesse à ce niveau.

L'évacuation gastrique est instantanée et se fait par une petite amorce de reflux duodéal. Elle laisse une imprégnation de l'anse afférente sur laquelle on trouve cette tache persistante qui semble bien en rapport avec un ulcus peptique malgré l'absence de troubles d'évacuation.

.../

Revu à la 6e heure, le transit n'offre aucune anomalie. L'image suspecte n'est pas retrouvée. Le cadre colique est entièrement dessiné.

Conclusions : Ulcus peptique."

Le 8 septembre 1953 : Réintervention chirurgicale (Dr. GOIDIN)

Laparotomie médiane sus-ombilicale au niveau de l'ancienne cicatrice pour gastrectomie. La région épigastrique est masquée par de nombreuses adhérences épiploo-pariétales qu'il faut dégager et sectionner peu à peu.

Après relèvement du colon transverse, on explore la région de l'anastomose gastro-jéjunale. Celle-ci est le siège d'une tumeur du volume d'un oeuf de poule, dure, plaquée contre la paroi postérieure, à gauche du rachis, juste sous le mésocolon. Il s'agit d'une tumeur de la bouche gastro-duodénale, développée sur le versant jéjunal, le court segment gastrique sous-mésocolique paraissant indemne.

Dégagement progressif par décollement de la tumeur du plan pariétal postérieur, désinsertion du mésocolon, au niveau de la brèche mésocolique, autour du moignon gastrique.

La nouvelle brèche ainsi réalisée est refoulée vers le haut et sera suturée par 6 points plus haut au niveau du moignon gastrique.

.../

Résection de l'anastomose gastro-jéjunale par :

- section supérieure du jéjunum, entre l'angle duodéno-jéjunal et la tumeur;
- section inférieure du jéjunum à 3-4 cms sous la tumeur;
- section angulaire du méso correspondant, qui contient 2 à 3 ganglions proximaux, pas de ganglions perçus plus bas dans la région para-sous-duodénale, ni dans la racine du mésentère;
- section de l'extrémité inférieure du moignon gastrique, parallèle à la bouche, à 1 cm au-dessus d'elle.

Rétablissement de la continuité par :

- anastomose jéjuno-jéjunale, termino-terminale en 2 plans;
- anastomose gastro-jéjunale, termino-latérale sous la précédente en 2 plans.

Refixation du moignon gastrique de labrèche mésocolique à droite des anastomoses. Petit drain sous-mésocolique.

Suites immédiates : apparemment normales, pas de température.

Peu à peu signes de rétention gastrique, météorisme et vomissements. Le 6e jour après l'intervention, une radio révèle une sténose complète de l'anastomose gastro-jéjunale.

Le 14 septembre 1953 : Nécessité de réintervention.

Après réouverture de la paroi abdominale sous-ombilicale,

.../

l'exploration de la région anastomotique montre :

- que la partie supérieure de l'anastomose gastro-jéjunale est réintégrée dans la région sus-mésocolique, des points gastro-mésocoliques ayant lâché;

- que juste sous la racine du mésocolon, près de l'angle duodéno-jéjunal, en amont de la suture jéjuno-jéjunale, existe une petite plaque punctiforme de sphacèle qui se perfore au cours des manoeuvres d'exploration.

- Suture et enfouissement en bourse;

- Refixation haute du mésocolon. Passage de l'extrémité d'une sonde Liévin dans la bouche jusqu'à la cavité gastrique, puis manoeuvrée dans la région de l'anastomose pour pénétrer dans la bouche et être passée dans la jéjunum à 5 cms au-delà de la bouche gastro-jéjunale.

Le 23 septembre 1953, mort le 9e jour avec une urée sanguine à 3,18 g.

Examen histologique de la pièce opératoire : (Pr. BUSSER, N° 28.103)

"La coupe de la bouche d'anastomose montre une prolifération épithéliomateuse siégeant essentiellement dans la partie jéjunale de cette bouche anastomotique. Cette prolifération a par endroits une architecture trabéculaire assez différenciée, mais presque partout se présente comme une diffusion extrêmement

.../

étendue de petites cellules indépendantes sans sécrétion mucicarminophile.

Du point de vue de la classification, cette tumeur ressemble un peu aux épithéliomas trabéculaires à cellules basophiles de l'estomac."

- o -

OBSERVATION N° 2

Mr DEG....., 48 ans, opéré par le Dr GOIDIN, en 1948, pour Ulcus gastrique perforé. Gastrectomie par la technique de Polya-Finsterer. La pièce opératoire n'a pas été conservée.

Suites normales. Malade en parfaite santé pendant 5 ans, au cours desquels il ne suit aucun régime, malgré un éthylisme avéré.

Le 23 août 1953, donc cinq ans après la première intervention, le malade présente à deux reprises des régurgitations de sang sans vomissements vrais. Asthénie. Brûlures épigastriques survenant dès l'ingestion d'aliments.

Le 24 août 1953 : Examen radiologique (Dr FICHOT de l'hôpital de Corbeil).

"L'image du remplissage gastrique est de contours flous et irréguliers".

.../

Le sujet (non complètement à jeun) désigne le lieu épigastrique comme le siège de ses brûlures isolées, mais on ne décèle pas d'ulcus peptique.

Le 2 octobre 1953 : Devant la persistance des troubles, on effectue une oesophagoscopie. Examen négatif : "muqueuse un peu plus rouge que normalement, dans son ensemble, mais pas de point suspect; pas d'ulcérations ni de varices visibles à la partie basse."

L'examen a été fait sur toute la surface de la muqueuse sans difficultés.

Le 23 octobre 1953 : On pratique un transit digestif (hôpital Broca, Service du Pr. FUNCK-BRENTANO)

L'image montre une réplétion normale du moignon gastrique; fonctionnement normal de la bouche d'anastomose avec passage précoce.

A la radio-scopie : image claire médiogastrique, visible en permanence, n'arrêtant pas la contraction des courbures. Palpation douloureuse sous écran.

A la Radiographie : L'examen des clichés montre en permanence une image claire de contour et d'aspects irréguliers que les clichés en O.A.D. et de profil localisent à la face antérieure

A la fin de l'examen, le colon transverse est injecté et se projette au contact du moignon gastrique, donc image lacunaire

.../

de la face antérieure du moignon gastrique (partie moyenne) avec adhérences possibles du colon transverse,

Le 7 novembre 1953 - On effectue une Gastroscope à l'Hôpital Vaugirard (Service du Pr. SENEQUE)

La gastroscopie est facile à pratiquer : "La bouche anastomotique est très bien vue de même que l'orifice des anses afférentes et efférentes que séparent deux plis. La muqueuse grêle paraît normale. Le pourtour de l'anastomose est rouge, épais, boursoufflé, mais il n'y a pas de fils décelables.

En ce qui concerne le moignon gastrique, la muqueuse est rouge, les plis sont épais. Exactement dans la région suspecte radiologiquement, sur le versant postérieur de la grosse tubérosité, à l'union du I/3 moyen et du I/3 supérieur, on note l'existence d'une tumeur du volume d'une petite noix, très bien limitée vers laquelle convergent deux ou trois plis. La surface de cette tumeur est irrégulière, bosselée avec deux ou trois dépôts blanchâtres dont on ne peut dire s'ils correspondent à des dépôts de mucosités ou à des zones ulcérées.

Dans l'ensemble, la tumeur est rouge, plus rouge que le reste de la muqueuse du moignon, et surtout dans sa partie inférieure. Pas de saignement.

Conclusion : Tumeur du versant postérieur de la grande

.../

courbure de nature impossible à préciser gastroscopiquement, accompagnée d'une stomite et d'une gastrite hypertrophique du moignon."

Le 21 novembre 1953 : Réintervention (Dr GOIDIN)

Laparotomie médiane sus-ombilicale, sur l'ancienne cicatrice de gastrectomie.

A l'ouverture du péritoine, on constate l'existence d'une adhérence d'une large frange épiploïque venant du grand épiploon au péritoine pariétal, au niveau de la moitié inférieure de la cicatrice.

Après section et libération de cette frange (ligatures au catgut N°2), on peut explorer :

- l'étage sous-mésocolique, après relèvement du colon transverse; la bouche gastro-jéjunale paraît souple;

- l'étage sus-mésocolique, le moignon gastrique supérieur ne présente aucun aspect anormal; à la palpation on sent très nettement qu'il existe une tuméfaction mobile intra-gastrique dans le segment inférieur, juste sus-mésocolique, du moignon gastrique.

Incision longitudinale de la face antérieure de l'estomac restant, au niveau de cette masse. Par l'orifice de gastrostomie on découvre facilement la tumeur intra-gastrique. Il s'agit d'une tumeur molle, de la dimension d'une noix, légèrement frangée, friable, très mobile, implantée sur le versant postérieur de la grosse

.../

tubérosité par un pédicule net, de 5 millimètres de longueur, assez large (1 centimètre environ), le point d'implantation siégeant à 2,5 centimètres au-dessus de la bouche anastomotique; autour de sa base existent 2 ou 3 gros plis de muqueuse gastrique disposés irrégulièrement, sans aucune induration.

Ligature facile du pédicule à sa base, au catgut, puis section par exérèse de la tumeur, prélèvement d'un fragment d'un gros pli muqueux (très friable) pour examen histologique complémentaire.

Fermeture de la brèche de gastrotomie en deux plans. Il n'existe aucune adénopathie, ni dans la région coronaire, ni dans la zone juxta-anastomotique sous-mésocolique, ni dans la racine du méso-jéjunum, ni dans l'insertion de la partie gauche restante du méso gastro-colique.

Ces caractères faisaient espérer une nature bénigne de la tumeur et rejeter l'exécution d'une gastrectomie totale secondaire.

Reconstruction de la paroi abdominale avec dédoublement de la gaine des droits. Pas de drainage.

Le 28 novembre 1953 : Compte-rendu histologique (Pr. BUSSE
N° 29,482)

Tumeur d'aspect végétant dont l'examen microscopique montre des formations polypeuses, avec des axes conjonctifs ramifiés, sur lesquels se greffent des revêtements ayant par

place un aspect à peu près normal de muqueuse intestinale colique, montrant en d'autres des caractères exubérants polypeux avec une tendance à l'envahissement en profondeur.

Cet ensemble permet de reconnaître un épithélioma à type Lieberkühnien.

ETIOLOGIE DE FAIT

- o -

ETIOLOGIE DE FAIT

de cette forme de cancer.

A la lumière des données qu'ont pu nous fournir les observations plus ou moins détaillées retrouvées dans la littérature et nos observations personnelles, nous chercherons à dégager les caractéristiques de ce cancer particulier de l'estomac.

Fréquence.

Nous avons déjà signalé l'extrême rareté de la cancérisation de la bouche d'anastomose post-gastrectomie.

REHLI en 1951 en rapportait 12 cas authentiques. Une investigation un peu plus poussée, nous a permis, tout en localisant strictement le problème, tant en ce qui concerne le siège que l'opération initiale, à évaluer à 54 le nombre des cas publiés de 1929 jusqu'à nos jours, auxquels s'ajoutent nos deux observations personnelles, soit 56 cas au total. Si ce chiffre est nettement plus important que les statistiques antérieures, il n'en reste pas moins extrêmement faible par rapport au nombre considérable des gastrectomies pratiquées ces vingt-cinq dernières années.

.../

Age du malade.

Si MONTANARI rapporte l'observation d'un cancer de la bouche anastomotique chez un malade de 37 ans qui avait, 4 ans auparavant, subi une gastrectomie (technique Pelya-Reichel) pour un ulcus duodénal. MARSHALL n'en rapporte pas moins l'observation d'un malade de 20 ans qui fit en 1943 soit 40 ans après une gastrectomie pratiquée en 1903, un cancer de la bouche d'anastomose.

Nous avons choisi certes des cas extrêmes pour montrer qu'il n'y a pas pour cette forme de cancer, pas plus que pour ses autres manifestations, un âge bien déterminé. Il semble cependant que dans la plupart des observations recueillies, l'âge le plus fréquent se situe entre 55 et 65 ans, âge cancérigène par excellence, quelque soit le siège ou la nature des tumeurs malignes.

Sexe du malade.

Toutes les observations publiées ne signalent pas toujours le sexe du malade ayant manifesté, secondairement à une gastrectomie, un cancer de la bouche d'anastomose. Sur nos 56 cas, dans 41 seulement est spécifié le sexe du malade. Nous avons ainsi retrouvé 28 malades du sexe masculin et 12 du sexe féminin.

Pouvons-nous nous permettre de conclure à une prédisposition particulière de l'homme à cancériser une cicatrice de gastrectomie ? Si la conclusion est tentante, elle est présomptu-
.../

euse étant donné la pauvreté des cas envisagés.

Nature et position de la lésion initiale.

Tous les auteurs, sauf Harbitz qui signale une dyspepsie comme lésion initiale, rapportent à la présence d'un ulcus, le motif de la première intervention. Presque tous signalent la localisation de cet ulcus, c'est ainsi que nous avons pu dénombrer 21 cas d'ulcus duodénal, 18 cas d'ulcus gastrique et 8 cas d'ulcus de l'antra pylorique ou juxta-pylorique. Le siège de la lésion initiale ne semble donc nullement déterminer une fréquence plus ou moins grande du processus cancérigène survenant ultérieurement.

Technique opératoire de la gastrectomie primitive.

Chacun s'est évertué, chaque fois qu'il s'agit de la survenue d'un cancer, à en rechercher les causes prédisposantes, sinon déterminantes, et bien entendu lorsqu'il s'est agit du cancer de la bouche d'anastomose après gastrectomie, certains auteurs ont essayé de retrouver dans la technique opératoire qui a présidé à cette gastrectomie, une incidence particulière.

Depuis une vingtaine d'années, les techniques de rétablissement de la continuité gastro-intestinale furent nombreuses et pratiquées avec plus ou moins de succès post-opératoires. Nous rappellerons brièvement les principales :

.../

- Technique de PEAN ou BILLROTH I

Fermeture de la tranche gastrique en deux plans, sauf la corne inférieure qu'on anastomose bout à bout avec le duodénum (anastomose termino-terminale).

- Technique de KOCHER

Fermeture complète de la tranche gastrique. Implantation du moignon duodéal à la face postérieure de l'estomac.

- Technique de BILLROTH II

Fermeture de toute la tranche de section de l'estomac et gastro-jéjunostomie banale.

- Technique de POLYA-REICHEL

Utilisation de toute la hauteur de la tranche gastrique et on l'implante dans une longue anse jéjunale passée à travers le mésocolon transverse.

- Technique de HOFMEISTER-FINSTERER

Utilisation de la moitié ou du tiers inférieur de la tranche de section gastrique, oblitérée par suture au-dessus de la zone d'anastomose.

Anostomose gastro-jéjunale. Le jéjunum est accolé sur 2 à 3 centimètres à la partie basse de la zone suturée de la tranche gastrique dont il assurera l'étanchéité

Ces anastomoses gastro-duodénales, gastro-jéjunales, termino-terminales ou termino-latérales peuvent en effet réagir différemment.

C'est ainsi que déjà GOFFIN et PELLET, recherchèrent le pourcentage de récidives ulcéreuses qui survinrent après deux cents gastrectomies de différentes techniques. Ils ont constaté : 7 récidives après deux ou trois ans sur 68 cas opérés par la technique de PEAN-KOCHER (anastomose gastro-duodénale) et par contre aucune récidive lorsque la gastrectomie a été faite selon la technique de HOFMEISTER-FINSTERER (anastomose gastro-jéjunale).

Il semblerait donc bien, d'après ces auteurs, que les suites opératoires de la gastrectomie puissent être fonction de la technique opératoire elle-même.

Nous avons aussi cherché à retrouver une relation entre la technique opératoire de la gastrectomie pour ulcus et la fréquence des Cancérisations de la bouche d'anastomose. Comme en ce qui concerne chaque détail particulier, tous les auteurs n'ont pas rapporté le nom de leur technique opératoire. A la lecture de notre tableau récapitulatif, il semble que ce soit après la technique de BILLROTH II qui consiste en une gastro-jéjunostomie banale que les cas de Cancérisation de l'anastomose soient les plus fréquents. Mais cette constatation n'est-elle pas due tout

simplement au fait que cette technique était plus fréquemment utilisée que celle de POLYA-REICHEL ou de HOFMEISTER-FINSTERER ?

Localisation de la cancérisation.

La tumeur est le plus souvent une tumeur circulaire circonscrivant la bouche d'anastomose mais dans la plupart des cas, la muqueuse de l'intestin grêle reste intacte.

REHLI écrit "le cancer de l'anastomose ne part jamais de la muqueuse de l'intestin mais toujours de la muqueuse gastrique restante". Pourquoi cette muqueuse intestinale est-elle protégée contre le processus cancérigène, pourquoi semble-t-elle immunisée contre l'infiltration tumorale, l'auteur ne fournit pas d'explication et se limite à des constatations de faits.

VAN ECKHOUTTE signale également que le cancer se développe après gastro-entérostomie beaucoup plus souvent sur le versant gastrique que sur le versant de l'intestin grêle.

Otto VISINTIN qui fut conduit à la même constatation, pense que l'explication résiderait dans l'action inhibitrice du suc alcalin duodénal qui reflue de l'anastomose gastro-jéjunale.

Nous n'avons pu relever dans la littérature que 3 cas de cancérisation infiltrant le versant jéjunal, ceux de EICHELTER publié en 1930, de PREVOT publié en 1943 et de MARSHALL

publié en 1954. A ces trois cas, nous ajouterons notre observation personnelle N° 1. La tumeur découverte au cours de la réintervention chirurgicale siégeait en effet sur la bouche gastro-duodénale, mais était développée sur le versant jéjunal, le court segment gastrique sous-mésocolique paraissant indemne.

Si nous n'avons pu poser que des interrogations en rapportant des faits et des constatations pour tout ce qui concerne les causes de ce cancer de la bouche d'anastomose, il semble bien qu'en ce qui concerne la localisation, nous puissions être affirmatif : le versant jéjunal de l'anastomose semble véritablement protégé contre le processus tumoral.

Durée de latence entre les deux lésions.

Nous terminerons l'étude de ces diverses particularités de la cancérisation de la bouche d'anastomose après gastrectomie pour tumeur bénigne, en envisageant brièvement le délai qui sépare les deux manifestations pathologiques.

Celui-ci est extrêmement variable : 2 ans pour le malade de GALLARD-MONES, 40 ans pour celui de MARSHALL. Les délais moyens s'étagent entre 10 et 25 ans. Ce long temps de latence est un argument favorable en faveur de l'impossibilité d'une erreur de diagnostic sur la bénignité de la lésion initiale.

Il ne saurait s'agir d'une récurrence de cancer méconnu au cours de la première intervention, chacun sait que le cancer de l'estomac récidive dans la majorité des cas dans un intervalle de 5 ans maximum.

Il est certain également que la plupart des sujets restés si longtemps indemnes de toutes manifestations gastriques après la gastrectomie initiale, se sont trouvés après un si long temps de latence, à une époque de leur vie où quelque soit le sexe, le cancer viscéral est beaucoup plus fréquent.

Et cette localisation cancéreuse ne peut pas être considérée comme une conséquence, mais comme une simple coïncidence.

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

- o -

.../

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Le tableau clinique qui accompagne la présence de la tumeur de l'estomac n'est pas différent de celui de toutes les lésions de l'appareil digestif et il consiste essentiellement en la récurrence des symptômes gastriques.

Les douleurs post-prandiales avec irradiations dorsales, souvent à type de pesanteur, sont généralement les premiers signes ressentis par le malade. Puis apparaît une inappétence progressive, accompagnée très vite de nausées et de vomissements après toute ingestion alimentaire. Les hématemèses et le mélas, manifestations classiques d'une lésion sévère de l'appareil digestif, signalent la gravité de l'affection, mais le malade a déjà été alerté par tous les signes précités et est généralement déjà l'objet d'examen diagnostiques au moment où ces symptômes apparaissent.

Enfin l'anémie s'installe qui engendre rapidement une asthénie irréversible si le malade n'est pas traité énergiquement.

Procédés diagnostiques

Un certain nombre d'examen sont à la disposition du clinicien pour rechercher la cause de cette réapparition des troubles gastriques chez un malade gastrectomisé indemne de toute manifestation depuis de nombreuses années.

.../

En tout premier lieu, on pratique un examen radiologique. Celui-ci malheureusement est généralement difficilement interprétable. Il est en effet difficile devant une diminution de souplesse au niveau du moignon de gastrectomie, devant une certaine stase du liquide baryté, une anse efférente légèrement irrégulière, une imprégnation exagérée de l'anse afférente de suspecter un cancer de l'anastomose. Nous verrons en effet, lorsque nous envisagerons les différents diagnostics différentiels, combien d'autres lésions peuvent engendrer les mêmes constatations radiologiques.

Il semble cependant que le second transit gastrique effectué sur le malade de notre observation N° 1 ait permis de noter une petite tache persistante au niveau de l'anse afférente, retrouvée sur divers clichés et après évacuation gastrique immédiate, mais la conclusion diagnostique portée après cet examen avait été celle d'un ulcus peptique ...

Devant l'imprécision des données fournies par la radiographie, il est important de pratiquer d'autres examens préopératoires, notamment une gastroscopie permettant de voir macroscopiquement l'aspect des tissus lésionnels et péri-lésionnels et de la masse tumorale éventuelle.

L'examen gastroscopique pratiqué chez le malade ayant

.../

fait l'objet de notre observation N° II, a identifié très exactement au niveau de la région suspecte radiologiquement, une tumeur du volume d'une petite noix, d'aspect bosselé, de surface rouge irrégulière, accompagnée d'une gastrite hypertrophique diffuse du moignon. Ces constatations furent confirmées au cours de la réintervention qui suivit de quelques jours l'examen gastroscopique.

Mais la plupart des cas cités dans la littérature n'ont pas fait l'objet d'investigations pré-opératoires aussi précises et c'est après laparotomie, au cours de la réintervention chirurgicale que le diagnostic de tumeur fut généralement posé. La biopsie de la pièce opératoire permet dans la plupart des cas, de faire un diagnostic histologique de la tumeur, l'examen anatomo-pathologique mettant en évidence les réactions cellulaires tumorales plus ou moins différenciées.

Il est difficile d'admettre sans quelques hésitations que la terminologie histologique n'a pas variée au cours des vingt-cinq dernières années écoulées et qu'un accord ait universellement été fait sur la nomenclature des manifestations tissulaires tumorales, aussi nous garderons-nous d'établir un parallèle entre les diverses formes de cancer ayant envahi la bouche d'anastomose après gastrectomie. Nous signalerons toutefois les formes histo-

logiques le plus souvent rapportées par les auteurs qui ont pratiqué un examen microscopique de la pièce opératoire :

Cancer circulaire pour la plupart, médullaire infiltrant pour les uns, adéno-carcinome tubulo-papillaire, adéno-carcinome colloïde pour les autres, carcinome trabéculaire indifférencié, carcinome squirrheux pour d'autres encore.

La présence de cancer du moignon gastrique associé est fréquente, Les métastases locales ou à distance sont fréquentes également chez ces malades opérés souvent tardivement (métastases cutanées, péritonéales généralisées, ovariennes etc....)

Diagnostic différentiel.

Celui-ci présente deux aspects différents selon que l'on attribue les diverses manifestations enregistrées à une lésion de la bouche d'anastomose elle-même ou à l'estomac restant après une gastrectomie plus ou moins totale.

A) Nous envisagerons donc tout d'abord les différentes lésions pouvant survenir sur la bouche anastomotique :

- Stomites : pendant longtemps elles ont été méconnues et leur fréquence devait être révélée par la gastroscopie.

HILLEMAND rappelle que : dans la pathogénie de cet accident, il faut tenir compte de l'inflammation, de l'infection

avec réaction oedémateuse considérable. Un rôle secondaire, du moins au début, est joué par le processus fibreux, soit au niveau de l'anastomose soit autour d'elle.

Comme nous le verrons pour le cancer de la bouche d'anastomose, la stomite frappe essentiellement le versant gastrique de la bouche et l'on voit des ulcérations petites, superficielles, ovalaires ou fissuraires, recouvertes de fausses membranes épaissies, souvent disposées en collerettes autour des fils qui, pour DELANNOY et MOUTIER joueraient un grand rôle dans l'étiologie de ces stomites.

- Cicatrices rétractiles avec sténose de la bouche.

IAVROSSKY rapporte notamment la présence d'un cal très dur au niveau de l'anastomose gastro-intestinale après gastrectomie avec gêne à l'évacuation. Les sténoses de la bouche peuvent être d'origine inflammatoire ou due à des causes mécaniques (prolapsus de l'intestin grêle).

- Tumeur bénigne

BERNAY rapporte entre autre le cas d'un malade qui, 8 ans après une gastrectomie pour ulcère de l'antré, a présenté des troubles dyspeptiques et dont la radio a montré une image lacunaire polycyclique de la face antérieure de l'estomac, qui s'est révélée à la réintervention être une tumeur molle importante, mais dont le compte-rendu histologique a montré

.../

la bénignité (métaplasie intestinale).

B) Les lésions siégeant sur l'estomac restant peuvent se présenter soit sous la forme d'une gastrite ou d'un cancer du moignon gastrique, soit d'une jéjunite isolée (éventualité rare)

Une récurrence ulcéreuse peut aussi être envisagée; elle porte souvent le nom d'ulcus peptique. On décrit en effet sous ce nom les ulcères qui se développent au niveau ou au voisinage de la bouche anastomotique. Il est classique d'admettre que cette complication est plus rare après gastrectomie qu'après gastro-entérostomie et cependant certains auteurs les évaluent à 6,9 p. cent des cas après gastrectomie, surtout chez les hommes et après gastrectomie pour ulcus duodéal. Ils semblent également plus fréquents après les gastrectomies par les techniques de PEAN et de BILLROTH II; serait-ce dû à la présence des culs de sac restants comme dans le BILLROTH II ?

Anatomiquement l'ulcère peptique, généralement unique, siège avec prédilection sur le versant jéjunal de la bouche. Son aspect ressemble à celui de l'ulcère gastro-duodéal banal; tantôt souple, tantôt calleux, il coexiste presque constamment avec des lésions inflammatoires de voisinage, de gastrite, de jéjunite ou de péritonite chronique sous-mésocolique.

Les manifestations cliniques de l'ulcus peptique appa-

raissent généralement 7 à 8 mois après l'intervention chirurgicale. La récurrence de tous les symptômes traduit la rechute du syndrome ulcéreux mais caractérisé par son intensité et sa tenacité.

PATHOGENIE

- o -

P A T H O G E N I E

Si la proportion des cancers gastriques localisés sur la bouche de gastrectomie n'est pas connue et même si elle est très faible, certains auteurs, MARSHALL notamment, ont souligné l'intérêt particulier de cette localisation, et prétendent même à partir de cette forme spéciale de cancer, essayer d'envisager une étiologie des cancers gastriques en général.

Il est évident que cette localisation cancéreuse primitive, si rare soit-elle a passionné les auteurs ayant eu l'occasion d'en rapporter un cas; chacun a essayé de lui attribuer une pathogénie personnelle qui n'est malheureusement chaque fois, qu'une reprise des grands facteurs étiologiques qu'on a, au cours de ces cinquante dernières années, invoqués à l'origine du cancer, sans pouvoir s'arrêter définitivement sur l'un d'entre eux.

Nous reprendrons donc avec les auteurs, les différents facteurs ayant pu favoriser sinon déterminer la cancérisation des bouches d'anastomose

- Troubles mécaniques

Pour Otto VISINTIN, ce ne serait pas des troubles ulcéreux qui conditionneraient la formation tardive de cancer au niveau de la bouche d'anastomose, mais des "troubles de
.../

canalisation." Les aliments stagneraient dans une poche gastrique réduite, atone et surtout près de la région de l'antrum pylorique.

Pour REHLI, l'anastomose doit pendant des années, fournir des efforts mécaniques et chimiques, cela est certain, mais il ajoute : "il n'est pourtant pas logique, étant donné que trop peu de cancers sont survenus sur cette bouche d'anastomose, d'attribuer un rôle véritablement déterminant à cette gêne mécanique".

Nous pensons en effet que le traumatisme du bol alimentaire est d'une part uniforme chez tous les gastrectomisés et que d'autre part il ne pourrait permettre s'il était indéniable, une vie exempte de toutes manifestations pathologiques pendant des années, voir des dizaines d'années.

- Troubles chimiques

Von WILHEM LUZE pense que le déséquilibre chimique provoqué par l'abouchement de l'estomac au jéjunum favoriserait la formation de cancer. Il y aurait une alcalinité du suc intestinal au niveau d'un tissu d'origine gastrique et à sécrétion acide, et une acidité du côté intestinal au contact d'un tissu à sécrétion alcaline.

.../

Mais tout comme nous venons de le voir pour les troubles mécaniques, si ce déséquilibre créé par l'anastomose est un facteur favorisant le processus cancérigène, comment se fait-il que toutes les gastrectomies qui créent cette coaptation de deux tissus différents ne se cancériseraient-elles pas ?

Cette pathogénie chimique bien que mise en doute, a cependant recueilli l'avis favorable d'un bon nombre d'auteurs.

Otto VISINTIN qui invoque également, nous l'avons vu, l'importance des troubles mécaniques, attache un certain rôle à l'anacidité gastrique, anacidité qui prédisposerait au développement du cancer. Il se développerait un processus atrophique qui évoluerait sans symptômes cliniques, en une achylie primitive et enfin aboutirait au cancer. Il rapproche de ce mécanisme celui qui préside au processus ulcéreux : l'hyperchlorhydrie gastrique engendrerait une hypertrophie de la muqueuse qui dégénèrerait en ulcère.

Mais ce sont surtout les auteurs français, en particulier Ch. DEBRAY qui ont envisagé le rôle des modifications chimiques consécutives à une gastrectomie totale ou partielle. Pour cet auteur, l'achlorhydrie et la gastrite seraient des facteurs prédisposants pour les cas de cancer du moignon gastrique observés et publiés par lui. Il établit à cet effet une analogie entre la présence

fréquente de cancer de l'estomac chez les malades atteints de maladie de Biermer (3,9 p. cent des cas) où ces deux facteurs : hypochlorhydrie et gastrite sont présents.

L'auteur ne pense cependant pas que cette hypothèse puisse être retenue comme un argument contre la gastrectomie pour ulcère duodénal.

Citons également GRIMOUD et GEDEON qui attribuent à l'hypochlorhydrie consécutive aux larges résections gastriques une origine probable des cancers des bouches anastomotiques.

Nous reviendrons ultérieurement sur ce traumatisme chimique constant en considérant l'hypothèse de KONJETZNY, mais il nous semble en effet devoir être retenu comme un des éléments les plus déterminants de la gastrite atrophique à potentiel cancérigène histologiquement démontré par l'école allemande.

L'importance de ce facteur hétérotopique ne doit donc point être négligé et même considéré avec une certaine attention.

- Dégénérescence d'un ulcus peptique :

Nous avons envisagé au cours du diagnostic différentiel, l'éventualité d'un ulcus peptique auquel MENEGAUX attribue dans la plupart des cas la cause initiale à un mauvais fonctionnement de la bouche avec stase, en rappelant toutefois que la muqueuse jéjunale se défend mal contre le suc acide sécrété encore en

trop grande quantité si la résection n'a pas été assez importante ou si elle a laissé subsister la région antro-pylorique, point de départ réflexogène de la sécrétion acide.

Pour PONTANARI, la cancérisation de la bouche d'anastomose ne serait due qu'à une cancérisation secondaire d'un ulcus peptique post-anastomotique rejoignant par là les auteurs fidèles à la théorie de l'ulcéro-cancer. Les ulcères peptiques post-opératoires sont nombreux, les cancérisations des bouches d'anastomose sont rares, il faut donc chercher plus loin les véritables facteurs déclenchants¹.....

- Cancérisation de cicatrices.

Le processus de cancérisation des cicatrices est connu depuis longtemps et tout récemment dans sa thèse de Paris: "Epithéliomas sur cicatrices de brûlures cutanées d'origine thermique" LANGLADE en 1953 écrivait :

"L'épithélioma spino-cellulaire domine par sa fréquence dans la dégénérescence des lésions chroniques, type cicatrice de brûlure. Il peut y avoir par acidité, une ulcération qui persiste et s'étend..... L'évolution de ces épithéliomas sur cicatrice est extrêmement lente, dans la majorité des cas..... L'épithélioma se développe sur une lésion préexistante qui se présente comme un véritable état précancéreux"

Cette hypothèse a depuis longtemps été évoquée pour expliquer la cancérisation des bouches d'anastomose après gastrectomie pour lésions bénignes. En 1932, dans sa thèse, essentiellement consacrée à la cancérisation de l'estomac après gastro-entérostomie, VANIER écrivait :

" On ne peut nier cependant la possibilité de développement du cancer sur les cicatrices opératoires quand un ulcère a été extirpé grâce à une gastrectomie large, la cancérisation de la bouche d'anastomose, en l'absence d'ulcère peptique ne paraît guère admettre d'autre interprétation".

Nous en étions là de nos recherches pathogéniques sur ces tumeurs primitives de l'estomac développées sur cicatrice de gastrectomie lorsque nous eumes l'occasion d'assister à l'hôpital Broca, dans le service du Pr. FUNCK-BRENTANO à un intéressant exposé fait par le Dr KRITTER, sur "les Epithéliomas primitifs du vagin développés sur cicatrice d'hystérectomie pour tumeurs bénignes".

Nous avons pu recueillir auprès du Dr KRITTER qui a eu l'obligeance de nous prêter ses documents, des renseignements complémentaires concernant ces épithéliomas sur cicatrice vaginale. Et devant l'analogie de ces tumeurs primitives avec celles que nous avons enregistrées sur nos 56 malades

gastrectomisés, nous nous croyons autorisée à rapporter les faits suivants : 23 observations de malades présentant une néoplasie du fond du vagin développée sur cicatrice d'hystérectomie totale pratiquée de nombreuses années auparavant (les cas où un laps de temps suffisant ne s'était pas écoulé, furent systématiquement éliminés) pour lésions bénignes furent collectées par l'auteur parmi lesquelles 8 observations personnelles dont nous rapporterons très brièvement l'histoire :

- Madame B..... Hystérectomie totale à l'âge de 30 ans pour fibrome. 6 ans après, épithélioma bourgeonnant sur cicatrice.
- Madame C..... Hystérectomie totale à 37 ans pour tuberculose génitale. 10 ans après, épithélioma sur cicatrice.
- Madame D..... Hystérectomie totale à l'âge de 54 ans pour fibrôme. 11 ans après, épithélioma sur cicatrice.
- Madame T..... Opérée à l'âge de 37 ans pour fibrôme. Hystérectomie totale à 46 ans pour fibrôme. 30 ans après, épithélioma sur cicatrice.
- Madame P..... Hystérectomie totale à 37 ans pour grossesse extra-utérine. 23 ans après, épithélioma sur cicatrice.

Madame F..... Opérée en 1929. Hystérectomie totale 20 ans après, épithélioma sur cicatrice.

Madame D..... Hystérectomie totale à 45 ans pour fibrôme. 20 ans après épithélioma sur cicatrice.

Nous avons volontairement rapporté tous ces détails pour confirmer la similitude entre ces deux manifestations pathologiques, Ce sont des tumeurs primitives gastriques ou vaginales survenant après gastrectomie ou hystérectomie pour lésions bénignes avec un long délai de latence : 15 à 25 ans en moyenne.

Après avoir reconnu l'impossibilité d'établir une corrélation entre la fréquence de ces épithéliomas et le nombre d'hystérectomies pratiquées depuis plus de 20 ans, KRITTER étudie les facteurs, traumatique et infectieux, ayant pu favoriser l'apparition de ces tumeurs. Il envisage alors le problème de la cancérisation d'une cicatrice.

"Reste l'influence même de la cicatrice sur l'apparition du cancer. Le long délai qui semble marquer l'apparition de ces épithéliomas nous oblige à les rapprocher de certains cancers développés sur cicatrice au niveau de la peau. Les cancérologues connaissent bien tous les épithéliomas développés sur anciennes cicatrices de plaie de guerre qui surviennent 15 à 25 ans après le traumatisme".

L'analogie entre ces deux processus cancéreux où seule la localisation viscérale est différente, nous a paru fort intéressante et nous sommes heureux d'être la première à l'avoir établie, sans toutefois nous permettre d'en tirer des conclusions hâtives sur la pathogénie réciproque de ces manifestations tumorales.

- Processus de dégénérescence d'une gastrite chronique.

C'est KONJETZNY qui semble avoir apporté la contribution la plus importante à la pathogénie de la cancérisation des bouches d'anastomose en mettant en évidence histologiquement le passage progressif de la gastrite polypeuse jusqu'à la transformation à caractère nettement cancérigène. Pour cet auteur, pas d'hésitations possibles, les modifications inflammatoires chroniques sont les précurseurs du cancer qui ne se manifeste cliniquement que de longues années après le traumatisme chirurgical, après lent processus évolutif.

Si SINGER note également la modification polypoïde de la muqueuse gastrique qui dégènerait en cancer, c'est l'école italienne qui semble défendre le plus énergiquement cette pathogénie.

Pour GIOVANNINI, la Gastro-jéjunite qu'il appelle "stomite" jouerait un grand rôle étiologique. La muqueuse de l'estomac

opéré présenterait des phénomènes de gastrite et tout particulièrement au niveau de la bouche d'anastomose où ils s'organisent. Cette inflammation chronique de la bouche d'anastomose de type hyperplasique très pronocé résulterait pour cet auteur de stimulations chimiques et mécaniques anormales dépendant de l'altération de la fonction gastrique consécutive à la création de la bouche anastomotique.

PICCO dans la Clinica Chirurgica insiste également sur le rôle déterminant de la gastro-jéjunite, avec existence d'oedème, d'hyperhémie, d'aspect pseudo-polypeux et érosif de la muqueuse péri-anastomotique.

Il est en effet tentant d'adopter cette théorie pathogénique, car comme le dit très judicieusement Ott VISINTIN, un cancer ne serait jamais apparu sur un organe sain.

- Réflexions sur ces données pathogéniques

Tous les éléments pathogéniques que nous avons évoqués à l'origine de la cancérisation des bouches d'anastomose après gastrectomie pour ulcus demeurent les mêmes que ceux recherchés à l'occasion de toute lésion cancéreuse.

Et l'abondance même de ces pathogénies est une condamnation en elle-même de chacune d'entre-elles en particulier. Il est bien évident que si une étiologie bien précise, nettement déterminée avait su s'imposer à tous les auteurs, chacun ne se

serait pas évertué à découvrir la cause véritable de ce processus cancéreux. Or la cause véritable de ce cancer comme de toutes ses autres manifestations, nous ne la connaissons pas encore, malgré les efforts conjugués des chercheurs de tous les pays, et c'est la raison pour laquelle nous n'avons pas pris parti au milieu de toutes les explications qui nous sont fournies tout au cours de ce travail; certaines sont plus attachantes que d'autres, nous en convenons, mais néanmoins, nous ne possédons pas la clef de l'énigme : Pourquoi seules quelques bouches d'anastomose se sont-elles cancérisées ?

Et puis, nous aimerions, avant de terminer ce travail et conclure, rapporter les propos tenus par GUTMANN en 1934 dans son livre : "les syndrômes douloureux de la région épigastrique".

Devant la rareté cependant moindre des cancers survenus après gastro-entérostomie pour ulcus, cet auteur écrivait :

"Classiquement le cancer après gastro-entérostomie pour ulcère est très rare et l'on a pu dire que cette intervention protégerait en quelque sorte contre le cancer."

Nous n'irons pas jusqu'à prétendre devant le très petit nombre de cas de cancérisation des bouches d'anastomose après gastrectomie pour ulcère, que la gastrectomie est le moyen le plus sûr d'éviter un cancer tardif de l'estomac.

.../

Cependant la rareté de ces cas permet de dire que peut-être les malades chez qui on a pratiqué pendant ces vingt dernières années des gastrectomies élargies pour tumeurs bénignes, avec ablation de la région antro-pylorique à fort potentiel cancérigène, ont été mis à l'abri d'un cancer de l'estomac à un âge plus avancé de leur vie.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

- o -

CONDUITE THERAPEUTIQUE

Le problème fut rarement présenté sous cet angle dans la littérature. En effet, le diagnostic clinique était rarement posé et ce n'est qu'au cours de la réintervention chirurgicale exploratrice que la tumeur était découverte. Son extirpation plus ou moins aisée selon les métastases locales ou loco-régionales associées, était certes la conduite imposée par la situation, mais avec un très faible pourcentage de survie post-opératoire.

Actuellement, dans les articles récents, les auteurs se hasardent, grâce aux méthodes modernes de diagnostic, d'envisager un diagnostic pré-opératoire et indiquent évidemment comme seule conduite à tenir : l'acte chirurgical si les conditions et l'état du malade le permettent.

Les récents traitements post-opératoires, les méthodes modernes d'anesthésie permettent de réintervenir chez ces malades et d'obtenir au moins une guérison chirurgicale.

CONCLUSIONS

-O-

.../

C O N C L U S I O N S

1°) - Nous avons réuni 56 cas dont deux personnels de cancer gastrique de la bouche d'anastomose, survenus après gastrectomie pour ulcère.

Nous avons laissé de côté les cancers du moignon gastrique après gastrectomie et les cancers après gastro-entérostomie.

2°) - Etant donné le nombre considérable, presque inappréciable, de gastrectomies pratiquées pour ulcère, cette cancérisation peut être considérée comme une éventualité exceptionnelle.

3°) - Rien ne permet de prendre définitivement en considération, aucune des hypothèses imaginées par divers auteurs sur l'origine de cette cancérisation.

4°) - On est en droit de penser que la gastrectomie pour ulcère, réséquant les zones où les cancers s'observent le plus fréquemment, peut être considérée, en quelque sorte, comme un acte préventif.

BIBLIOGRAPHIE

-0-

BIBLIOGRAPHIE

1) des cas cités dans le tableau récapitulatif.

- GALLARD-MONES - Encore quelques cas d'ulcus gastrique en apparence chirurgicalement guéris par le traitement médical. Résultats du traitement chirurgical chez nos ulcéreux. - Archives des mal. de l'app. dig. - Avril 1929 p. 405
- EICHELTER G. - Perforation spontanée de la bouche d'anastomose (versant, jéjunal) quatre ans après une résection gastrique pour ulcère - Deutsch. Ztschr. Chir. - 1930 - 222 P. 106
- BRISSET DE ST LO - Cancer de l'estomac développé 7 ans après une pyloréctomie pour ulcus. Nouvelle gastrectomie - Mémoires Soc. Nat. Chir. - 1932 - p. I.433
- RANSOM - Cancer de l'estomac après gastro-entérostomie pour ulcus peptique - Arch. of Surg. - 1936 - P. 679
- PREVOT - Découvertes radiologiques chez les estomacs opérés pour tumeurs bénignes - Forts. Geb. Roënt. - 1937 - 56, p. 499
- PRINZ -HARRY - A propos des formations cancéreuses sur les bouches d'anastomose et leur importance dans l'étude de la formation du cancer de l'estomac. - Arch. f. Klin. - 1938 - 191 - p. 140.
- KONJETZNY - Rapport des séances des sociétés de chirurgie du Bas-Rhin et de la Westphalie - Zbl. fur Chir. - 1939 p. I.729
- GIOVANNINI - Cancer primitif sur la bouche de gastro-jéjunostomie - Arch. ital. di chir. 1941 - 61 - p. 461
- TORGERSEN - 116 cas de cancers gastriques traités par gastrectomie - Nord. med. 1941 - 11 p. 2531
- KNERINGER V. - Formation de cancer sur la bouche d'anastomose après résection de l'estomac. - Der Chirurg. - 1942 - 14 p. 144.

- PREVOT - Sur les cancers des estomacs opérés pour ulcères - Forts. Geb. der Roët. - 1948 - 68 p. 75
- MONTANARI et GIORGIO - Sur le cancer primitif de l'anastomose gastro-jéjunale - Ann. ital. di. chir. 1946 - 23 - P. 389
- PICCO - Cancer primitif de la bouche d'anastomose dans l'estomac opéré pour ulcère - La Clinica chirurgica - 1948 - fasc. VII p. 16.
- VISINTIN O. - Cancer primitif de l'anastomose gastro-duodénale après gastrectomie pour ulcère duodénal - Minerva chir. 1949 - 4 - p. 545.
- ORRINGER - Cancer gastrique consécutif à une intervention pour ulcère duodénal chronique - Surgery - 1950 - 28 - p. 680
- RUCKENSTEINER E. - Apparition de cancer gastrique chez des sujets opérés pour tumeurs bénignes - Acta gastre-ent. Belgica - 1950 - 13 p. 142
- GRIMOUD-GEDEON - Cancer sur la bouche de gastrectomie ancienne - Toulouse méd. 1950 p. 270.
- LUZE (Von Wilhem) - Apparition de cancer sur la bouche d'anastomose après gastrectomie pour ulcus. - Wien. méd. Wehns 1951 - 101 p. 804
- DI DOMIZIO - Cancer primitif de l'anastomose gastro-jéjunale - Arch. Ital. Mal. Del. App. Diger. - 1951 - vol. 17 - p. 50
- MULLER - Cancer du moignon antral et de l'anastomose après résection de l'estomac pour ulcus - Br. Beit. Chir. - 1951 p. 91
- REHLI - Cancer sur estomac restant après gastrectomie - Gastro-enterologia - 1951 - 77 - 281
- HARBITZ H. et VINJE T. - Cancer de l'estomac après opération pour ulcus gastrique. - Nord. Med. - 1952 - p. 1.009
- KYRLE P. et WILD (Hugo) - Cancer du moignon gastrique et de la bouche d'anastomose après gastrectomie. - Zentrall. Chir 1952 - 77 - p. 14.81
- HUBER - Apparition d'un cancer dans un estomac opéré. - Br. Beit. Kl. Chir. - 1953 - 186 p. 317

- LEREN - Cancer de l'estomac après gastrectomie - Nord. Méd. 1953 - 49 p. 741
- BANDMANN - Formation de cancer sur la bouche de gastrectomie et de gastro-entérostomie. - Br. Beitr. Z. Kl. Chir. - 1953 - 2 - p. 210.
- DALSETH - Indications de la gastrectomie pour cancer gastrique. - Tidsskr. f. d. Norske, Laegefor. - 1953 - 73 - p. 305
- MARSHALL A. et FREEDMAN - Ca nœr gastrique de la bouche d'anastomose gastro-jéjunale. - Gastro-enterology - 1954 - 27 - p. 210
- SCHEVTCHENKO - I. et IOUNDA I. - A propos du cancer de l'estomac des sujets chez qui une anastomose gastro-intestinale a été préalablement établie - Khirurgiia (russe) - 1954 7 - 75
- BUSSET F. GOUDIN E. et MOREL J. - Deux cas d'épithéliomas après gastrectomie pour ulcère. - Archives d'Anatomie pathologique. N°2 - mars 1955 - p. 88 (Sem. des Hôp. mars 1955)

2) Références d'ordre général

- BERNAY P. et HOWER A. - Tumeur inflammatoire du moignon, 8 ans après gastrectomie pour ulcère de l'angle. - Arch. des Mal. App. dig. (Soc. de Gast. Ent. Lyonnaise du 8/11/51) - - avril 1952 - p. 456.
- BOUTRY, P.R. - Contribution à l'étude des suites éloignées de la gastrectomie pour ulcère. - Thèse médecine Paris - 1953.
- DEBRAY, Ch. et ROUX et CHEVILLOTE - Cancers du moignon gastrique après gastrectomie. - Arch. des Mal. app. dig. - juin 1950 - N° 6, p. 702
- GAUTHIER-VILLARS, P. et DEILLER, J. - Anatomie pathologique des ulcères gastro-duodénaux. - Encyclopédie médico-chirg. - Estomac, Intestin - réf. 9020, B10 p. 5.

.../

- GOFFIN R. et PELLET, J. - Considérations sur les suites de 200 gastrectomies. - Lyon chirurgical, Nov. Déc. 1950 - 45 - N°8, p. 983-993.
- GUTMAN, R.A. - Les syndrômes douloureux de la région épigastrique - Bibliothèque des grands syndrômes. Doin Edit. 1934. Tome I p. 363, Tome II p. 518
- HILLEMAND, P. - Pathologie de l'estomac opéré, - Mal. de l'estomac de l'oesophage et du duodénum, Ed. Flammarion.
- IAVROSVSKY - Résultats éloignés de la gastrectomie dans les complications de l'anastomose gastro-intestinale. - Khirourguia. - 1955 N°7 p. 59-60.
- KONJETZNY - Une forme particulière de la gastrite hypertrophique chronique revêtant l'aspect clinique et radiologique du cancer - Der Chir. 1938 (avril) p. 260.
- KONJETZNY - Le cancer superficiel de la muqueuse gastrique (cancer à son début) - Der. Chir. - 1940 p. 192-202.
- LEMAIRE J.C. - Conséquences éloignées des gastrectomies. Thèse Méd. Paris. 1952.
- VANIER J. - Le cancer de l'estomac chez les malades opérés d'ulcus gastrique par gastroentérostomie ou résection limitée. Thèse Paris 1932.

VU :
LE DOYEN

VU
ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS.

TABLE DES MATIERES

1° - INTRODUCTION.....	p. 19
2° - RAPPEL HISTORIQUE.....	p. 22
3° - OBSERVATIONS PERSONNELLES....	p.26
4° - ETIOLOGIE DE FAIT.....	p.39
5° - SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE.....	p. 48
6° - PATHOGENIE.....	p. 56
7° - CONDUITE THERAPEUTIQUE.....	p. 69
8° - CONCLUSIONS.....	p. 71
9° - BIBLIOGRAPHIE.....	p. 73

